Beitrag zur Lehre vom Erythema exsudativum multiforme und nodosum.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHLMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 20. JANUAR 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

HANS CONRAD WENDLER

AUS WALDENBURG I. SCHL.

OPPONENTEN: Hr. Dr. med. W. Mixius.
„ cand. „ Ph. Kuhn.
„ „ „ H. Breier.

BERLIN

C. VOGT's BUCHDRUCKEREI (E. EBERING).

Linkstrasse 16.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0133

Meinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit.

Die Dermatologie ist seit alters das Stiefkind der medicinischen Wissenschaft gewesen, und wenn sie heute einen würdigeren Platz in der Reihe der Spezialfächer einnimmt, verdankt sie dies wohl zumeist der Verbesserung der Mikroskope und der Entwicklung der bakteriologischen Forschungen, wodurch ein eingehenderes Studium der anatomischen und ätiologischen Verhältnisse ermöglicht wurde, wenn auch mit der Theorie die Praxis und neben der Wissenschaft die Kunst erhebliche Fortschritte aufzuweisen hat. Besonders der Wert, den die Jetztzeit auf die Aetiologie einer Krankheit legt, hat viel zur Klärung der oft recht verworrenen und verkehrten Anschauungen beigetragen. Ich brauche hier nur an den Lupus und seine Beziehungen zur Tuberkulose, wie an seine Behandlung zu erinnern. Aber auch heute bleibt noch viel zu thun übrig, die Schwierigkeit der Sache an sich, die oft geringe Ausgeprägtheit der Symptome, der Umstand, dass uns bei einer ganzen Reihe der wichtigsten Hautkrankheiten die Kenntnis der Aetiologie noch fast vollständig fehlt, mag daran schuld sein.

Das Beispiel der Erytheme zeigt uns das besonders deutlich. Greifen wir aus dieser Kategorie allein diejenigen heraus, welche nicht durch eine lokale Irritation, durch mechanische, thermische oder chemische Reize bedingt sind, betrachten wir nur die, welche mit einer Allgemeinerkrankung des ganzen Körpers einhergehen, seien sie parasitären Ursprungs oder nicht, so fällt uns in den älteren Lehrbüchern vor allem eine grosse Verwirrung in der Nomenklatur und deren Deutung auf. Da lesen wir

von einem Erythema papulatum, tuberculatum, annulatum, iris, gyratum, urticans, diffusum und vielen anderen mehr. Erst dem Altmeister der Dermatologie, Hebra, gebührt das Verdienst, in diese Verhältnisse Klarheit gebracht zu haben. Er fasste die meisten der eben genannten Formen unter dem Sammelnamen Eryth. multiforme zusammen und unterschied daneben als ganz verschieden von diesem sowohl in Bezug auf Form, Sitz und Verlauf, wie bezüglich der Begleiterscheinungen das Eryth. nodosum.

Auffallend aber ist es, dass ihm das, was schon Willan, Batemann und namentlich Frank und Fuchs erkannt hatten, die nahen Beziehungen dieser Dermatitiden zu fieberhaften und entzündlichen Affektionen innerer wichtiger Organe vollkommen entgangen ist. Sagt er doch beim Eryth. multiforme ausdrücklich: „Begleitende Symptome, sowie fieberhafte Erscheinungen kommen nur ausnahmsweise und nur in jenen Fällen vor, wo sich das Uebel über grosse Hautstrecken oder selbst über die ganze Haut verbreitet“, und weiterhin bei Besprechung des Eryth. nodosum: „In keinem Falle zeigt sich ein besonderes Ergriffensein wichtigerer Gebilde des Körpers, und es ist wohl zur Erklärung der fieberhaften Erscheinungen die ausgebreitete Erkrankung der allgemeinen Decke an und für sich genügend.“ Nur nebenbei erwähnt er, dass ein solcher Kranker an einer Pneumonie gestorben sei. Zumeist durch die grundlegenden Arbeiten Lewins wissen wir nun, dass die beiden entzündlichen Erytheme Hebras oft kompliziert sind mit Erkrankungen seröser Häute, wie valvulärer Endocarditis, Pericarditis, Pleuritis, mit Gelenkentzündungen, Pharyngitis, Ulcerationen der äusseren Haut, mit Milz- und, freilich selten, mit Leberanschwellung. Lewin stellt sie aus diesem Grunde den akuten Infektionskrankheiten an die Seite.

Trotzdem sprechen die Lehrbücher, im Hinblick auf die oft fieberlos und ohne Komplikationen verlaufenden benignen Formen dem Eryth. exsudativum multiforme s. polymorphon (Lewin) jeglichen entzündlichen Charakter ab, verweisen es höchstens auf die Grenze zwischen Hyperaemie

und Entzündung, ohne dieses näher zu präcisieren, während sie das nodöse Erythem als allgemeine Infektionskrankheit gelten lassen. Aber auch über den Vorgang des Exsudationsprozesses selbst, ferner über die Beziehungen der beiden genannten Erytheme zu einander sind die Ansichten der Autoren noch zum Teil recht unklar, ja sie stehen sich oft diametral gegenüber.

Unter solchen Umständen dürfte es nicht überflüssig erscheinen, einen Fall zu veröffentlichen, der schon wegen seiner vielen Komplikationen lebhaftes Interesse erregt, der aber ausserdem besonders geeignet erscheint, einiges Licht in diese Verhältnisse zu bringen und zu neuen Gedanken über die Natur und Bedeutung der Erytheme anzuregen.

Herr Professor Dr. Schweninger hat die Güte gehabt mir aus der Abteilung für Hautkrankheiten der kgl. Charité zu Berlin diesen Fall zur Veröffentlichung zu überlassen.

Anamnese.

Luise J., Verkäuferin in einem Backwaarengeschäft, 21 Jahre alt, wurde am 23. I. 1892 in das Königliche Charité-Krankenhaus aufgenommen. Sie stammt aus einer Familie, in der nie Hautkrankheiten vorgekommen sein sollen. Vor sechs Jahren hat Patientin Scarlatina gehabt, seitdem angeblich grosse weisse Flecke auf der Brust. Sonst will sie, abgesehen von einer seit Jahren bestehenden Bleichsucht, stets gesund gewesen sein. Ihr jetziges Leiden begann Anfang Januar d. J. ohne bekannte Ursache mit je einem kleinen roten „Pickel“ auf jeder Wange, um den herum sich kleine Bläschen bildeten, deren anfangs wasserheller Inhalt später vereiterte. Kein Jucken. Stuhlgang stets regelmässig. Menses begannen mit 16 Jahren, waren unregelmässig, bald alle 3, bald alle 4 Wochen auftretend. Seit Beginn ihrer Erkrankung cessiert die Menstruation, Gravidität abgeleugnet, 0 partus, 0 abortus.

Status praesens.

Schwächliches, kleines Mädchen von bleicher Hautfarbe, geringem Fettpolster, schwach entwickelter Muskulatur und zartem Knochenbau. Die Brusthaut ist stellenweise weiss gefärbt, sich mit unregelmässigen Rändern gegen die dunkler gefärbte Umgebung abhebend, ebenso auf dem Rücken und der Innenfläche der Oberschenkel mehrere weisse Flecke, Vitiligo. Die sichtbaren Schleimhäute sind bleich. Auf beiden Wangen kleinhandtellergrosse mit Pusteln bezw. Borken bedeckte dunkelrote Partieen, die stellenweise nässen. Die Pustelbildung setzt sich von der linken Wange auf das linke untere uud obere Augenlid fort. Besonders das obere Augenlid ist gerötet und geschwollen, so dass es nicht spontan gehoben werden kann, aus der Lidspalte quillt reichlich Eiter. Auf dem Nasenrücken eine Blasenbildung von Taubeneigrösse mit z. T. bereits vertrocknetem Inhalt. Es scheinen mehrere Blasen in eine zusammengeschmolzen zu sein. Pat. ist matt und apathisch.

T. 38,5 P. 92 voll.

14. I. Morgens T. 38,5 P. 96
Abends T. 38,7.

Wenig Schlaf. Das Oedem des linken oberen Augenlides besteht fort, mässige Coniunctivitis. Die Cornea ist frei, teigige Schwellung an der Stirn.

Am 16. I. kann das linke Auge bereits zur Hälfte geöffnet werden, das Oedem der Stirn besteht fort. Ohne dass eine Temperatursteigerung zu verzeichnen wäre, sind an beiden Vorderarmen mehrere haselnussgrosse, flache, rote Erhebungen aufgetreten. Es besteht Stuhlverstopfung.

Die Temperatur beginnt jetzt langsam zu steigen, sie erreicht am 18. I. abends 39,0, am 19. morgens 39,4 und abends 39,5. Die roten Knoten an den Armen blassen dabei ab, die anderen Affectionen zeigen sich unverändert. In der Nacht zum 19. heftige Fieberphantasieen. Am 10. I. haben sich bei einer Temperatur von

39,4 die flachen Knoten an den Vorderarmen in bläulich aussehende, bohnengrosse Blasen verwandelt. Die rechte Ohrmuschel ist stark geschwollen.

Es wird jetzt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Erythema exsudat. multiforme gestellt.

Am 1. II. erscheint das rechte Handgelenk gering ödematös, mässig druckempfindlich und in der Bewegung beschränkt. Das Quecksilber zeigt auf 40,0°, der Puls weist 106 Schläge auf. Es wird jetzt eine erneute, genaue Untersuchung der Patientin vorgenommen, die folgendes Resultat giebt:

Die Herzdämpfung beginnt am untern Rand der 3. Rippe, ist 3 Finger breit und schneidet mit dem linken Sternalrand ab. An der Herzspitze ist ein leicht schabendes und hauchendes systolisches Geräusch hörbar, ebenso ein leicht schabendes systolisches Geräusch an der Tricuspidalis, das sich über die Pulmonalis fortpflanzt und im 2. Intercostalraum besonders deutlich wird. Der Puls ist regelmässig, 106 in der Minute. Die Arteria radialis von mittlerer Weite und guter Spannung, die Pulswelle von wechselnder Höhe. Die Milz ist bei tiefer Inspiration fühlbar. Bei der Untersuchung des Blutes stellt sich eine starke Vermehrung der weissen Blutkörperchen heraus. Alle Gelenke ausser dem rechten Handgelenk sind frei. Der Urin enthält kein Albumen, ist bernsteingelb, seine Menge beträgt in 24 Stunden 700 cbcm.

Am 2. II. morgens ist die Temperatur wieder auf 38,6 gefallen und schwankt während der nächsten Tage zwischen 38,5 und 39,0. Am 4. beginnt die Herzdämpfung am oberen Rand der 3. Rippe und überschreitet den linken Sternalrand von 0,5 cm. Die Herzgeräusche dauern fort. Ueber der linken Kniescheibe ist eine rötliche, wallnussgrosse, beulenartige, druckempfindliche Erhebung von harter Konsistenz und eine seichtere, erbsengrosse Erhebung an der Innenfläche der linken Patella entstanden. In den nächsten Tagen trocknen die Blasen an den Vorderarmen ein, die Borke an den Augenlidern stösst sich ab, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Die Herzgeräusche bestehen

fort und sind namentlich über der Mitralis, der Aorta und Pulmonalis deutlich ausgesprochen. Die ganze Regio cordis wird bei den Kontraktionen erschüttert. Seit einer Reihe von Tagen anhaltende Stuhlverstopfung, belegte Zunge, Schlaflosigkeit, meist durch Schmerzen in der Umgebung des rechten Handgelenks hervorgerufen. Am linken Unterschenkel wird an der vorderen Kante der Tibia ein beinah markstückgrosser bläulicher Fleck von teigiger Konsistenz und ein ebensolcher, kleiner Fleck auf dem Rücken des linken Fussgelenkes sichtbar. Ferner entsteht eine Schwellung der Oberlippe und zu beiden Seiten der Nasolabialfurche je eine bläuliche, erbsengrosse Blase.

Da steigt am 17. II. die Temperatur schon morgens auf 39°, der Puls erreicht 120 Schläge, die Herzgeräusche werden intensiver, in der Nacht zum 18. tritt ein starker Schüttelfrost auf, und am 19. sieht man am rechten Oberarm, 2,5 Finger breit unterhalb des Acromialendes der Clavicula, eine fast hühnereigrosse, diffuse Infiltration von starker Schmerzhaftigkeit, über der die Haut ein wenig gerötet ist. Die Temperatur hält sich einige Tage auf derselben Höhe, ebenso bleibt die Infiltration am rechten Oberarm unverändert. Erst am 22. II. sinkt das Quecksilber wieder auf 38,0°, Patientin fühlt sich subjektiv wohler, die Schmerzen haben nachgelassen, es ist aber in der Unterlippe eine neue erbsengrosse, blasenförmige Anschwellung und unterhalb des Kinnes ein haselnussgrosser, schmerzhafter Knoten sichtbar geworden. Am 26. steigt die Temperatur wieder auf 39,1°, der stark dikrote Puls beträgt 120, und über dem rechten Kniegelenk ist eine wallnussgrosse, druckempfindliche Infiltration entstanden.

So geht es während der nächsten Zeit fort. Die Temperaturschwankungen bleiben in mässigen Grenzen, von 38,0—39,0°, Patientin fühlt sich zeitweise wohler, dann wieder matt. Stuhlgang erfolgt meist nur auf Eingiessung oder auf Ol. Ricini. Die bestehenden Infiltrationen gehen zurück, es treten aber stets wieder neue Hauterscheinungen auf bald von Bläschen-, bald von Knotenform, so am 5. III. eine erbsengrosse Härte über

der linken Patella, am 8. III. zeigt das linke obere Augenlid schmerzhafte Rötung und Schwellung, gleichzeitig entstehen auf der linken Wange zwei erbsengrosse, mit serösеitrigem Inhalt gefüllte Bläschen. Am 9. erscheinen am rechten Ellenbogen einige neue Bläschen, zwei Tage später ist das ganze Gelenk diffus geschwollen, stark druckempfindlich und auch spontan schmerzhaft. Nach einigen Tagen verschwinden auch diese Affektionen, dagegen sieht man am 17. am linken Vorderarm erbsengrosse Bläschen, die von einer ungefähr taubeneigrossen, undeutlich Fluktuation darbietenden Infiltration umgeben sind. Die Bläschen konfluieren bald. Am 20. III. ist am linken unteren Augenlid ein erbsengrosser Knoten entstanden, der sich unter einem bereits am Tage zuvor bemerkten Bläschen entwickelt hat. Der Knoten ist äusserst druckempfindlich.

Eine am 28. III. vorgenommene wiederholte Untersuchung des Herzens ergiebt folgenden Befund: Deutlich sichtbare Pulsation über der Herzspitze, der Aorta und der Pulmonalis, Spitzenstoss ca. 3 Finger breit, überschreitet um einen Finger die Mammillarlinie. Mehr weniger ist an allen Ostien, besonders aber an der Mitralis, ein systolisches, deutlich schabendes Geräusch zu hören, das auch von dem palpierenden Finger wahrgenommen werden kann; der erste Ton ist vollkommen verdeckt. Milzvergrösserung ist immer noch nachweisbar.

Am 29. III. tritt eine Hautaffektion von entschieden anderer Form auf. Es erscheint bei einer Temperatur von 39,0° und einer Pulsfrequenz von 124 am linken Vorderarm eine kleinhandtellergrosse, nässende Exkoriation von schmutzigweisser Färbung, die sich bei gleicher Höhe der Temperatur während der nächsten Tage in eine Ulceration mit reichlicher Eitersekretion verwandelt.

Am 4. IV schwillt das linke Fussgelenk an, und der ganze Unterschenkel wird bald in Mitleidenschaft gezogen. Das rechte Ellenbogengelenk ist immer noch schmerzhaft, die Haut ist daselbst verrukös, zwischen den

einzelnen Erhebungen hat sich ziemlich dünnflüssiger Eiter angesammelt. Auch entstehen am rechten Vorderarm nach und nach neue Blasen, welche bald bersten; die so exkoriierte Stelle ulceriert stark, sodass schliesslich die ganze Streckseite des Vorderarmes eine einzige Ulceration darstellt.

Im Verlauf des April heilt der Prozess am Vorderarm unter starker Borkenbildung ab, es entstehen und verschwinden an den verschiedensten Körperstellen kleine Bläschen, während sich die Temperatur nun ziemlich konstant auf der Norm hält. Das Allgemeinbefinden bessert sich infolgedessen sehr. Im Mai werden die Bläschenerupționen immer seltener, nur oberhalb des rechten Olecranons bildet sich eine kleine Ulceration aus, die aber bald verheilt. Dagegen lassen sich am 28. V. neue Pigmentunterschiede in der Verfärbung der Haut an der Dorsalseite der Finger und zwar weisse Flecke inmitten bräunlich tingierter Haut konstatieren. Die alten Vitiligopartieen sind weniger ausgeprägt.

Noch einmal, am 6. Juni, hebt sich bei einer Temperatur von 40,1° die Epidermis am rechten Ellenbogen blasenartig in die Höhe, nach einigen Tagen erscheint die Stelle mit schmierigem gelbem Belag bedeckt und verheilt unter einem Schorf binnen kurzer Zeit. Das Wohlbefinden der Patientin macht erfreuliche Fortschritte. Die Anämie ist lange nicht mehr in dem Masse ausgeprägt wie anfangs, Patientin macht durchaus den Eindruck einer Reconvalescentin, sie fühlt sich kräftiger, die Menses stellen sich wieder ein. Der Kontrast in der Pigmentierung an den Vitiligo-Stellen ist ein minder grosser wie zur Zeit des hohen Fiebers. Pat. wird am 20. VI. als geheilt entlassen.

Therapie.

Bezüglich der therapeutischen Massnahmen sei erwähnt, dass ein grosses Gewicht auf gute hygienische Verhältnisse, warme lokale Bäder und gute Lagerung der erkrankten Partieen, Kräftigung des Allgemeinbefindens durch Diät und Regelung des Stuhlganges gelegt wurde.

Nebenbei wurde anfangs Sol. Natr. Salicyl. 8,0: 200,0 innerlich gegeben, die Hautaffektionen wurden mit Ichthiolsalbe behandelt, die Stuhlverstopfung mit Eingiessung, Ol. Ricini oder Calomel bekämpft. Von Anfang März an trat an die Stelle der Salicylsäure das Arsen. Es wurde meist Sol. Fowleri in Dosen von 0,15—0,25 subkutan angewandt.

Dieses Krankheitsbild erinnert an eine ganze Reihe verschiedener, sich freilich mehr oder weniger berührender Erkrankungen, an Erythema exsudativum multiforme, nodosum, an Skorbut, Morbus maculosus Werlhofii, Peliosis rheumatica Schönlein, ja auch an Pyämie und Septicaemie. Ich darf wohl aber aus leichtersichtlichen Gründen die Mehrzahl derselben unberücksichtigt lassen, so interessant eine Parallele derselben auch wäre, und will nur näher auf die Erytheme eingehen und zunächst eine kurze Beschreibung derselben, wie sie dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft entspricht, folgen lassen.

Symptome.

Das Erythema exsudativum multiforme hat nach Lewin ein ausgeprägtes Prodromalstadium, das durch eine tiefe Alteration der somatischen und psychischen Sphäre gekennzeichnet ist. Sämmtliche Funktionen erleiden eine mehr weniger intensive Störung, in erster Linie die Verdauung. Daneben zeigen sich Cerebralerscheinungen wie Kopfschmerz, Schwindel und die schon von Batemann erwähnte, auffallende psychische Depression. In der Mehrzahl der Fälle treten jetzt bereits Fiebererscheinungen auf, man hat Temperaturen bis zu 40,0° beobachtet. Hat das Prodromalstadium seinen Höhepunkt erreicht, beginnt der eigentliche Ausbruch des mit Rötung der Haut verbundenen Infiltrates in das kutane und subkutane Gewebe. Die Efflorescenzen können, wie schon der Name „multiforme“ besagt, äusserst mannigfacher Natur sein. Gewöhnlich entstehen zuerst kleine runde Papeln von derber Konsistenz und lebhaft roter Farbe, die sich in wenigen Tagen

peripher vergrössern und Thaler-, ja Fünfmarkstückgrösse erreichen können. Die centrale Partie sinkt ein und nimmt eine blaurote Farbe an (Eryth. annulare). Durch Verschmelzung benachbarter Herde entstehen so die merkwürdigsten Figuren und Schattierungen.

Ein vollkommen anderes Bild gewähren die erythematösen Efflorescenzen, wenn die Menge des flüssigen Exsudats grösser ist. Alsdann zeigen sich die Papeln oder ringförmigen Wälle mit wasserhellen herpesartigen Bläschen bedeckt, die je nach der Menge des Exsudats oder der Neigung der Bläschen zur Verschmelzung linsen- bis bohnengross sind und mitunter wie Pemphigusblasen aussehen können. Auch die Schleimhaut der Lippen, der Wangen, des Gaumens, Rachens und der weiblichen Geschlechtsorgane kann befallen werden.

Das Erythema nodosum zeigt in noch ausgeprägterem Masse ein Prodromalstadium. Der Eruption kann ein Schüttelfrost vorangehen. Die Efflorescenzen bestehen in halbkugelförmigen oder ovalen, über das Hautniveau hervorragenden Geschwülsten von Linsen- bis Handtellergrösse und derber Konsistenz. Jeder Knoten zeigt anfangs eine blassrote Farbe, wird später dunkelrot, dann bläulich, grün, gelb und schliesslich braun, bietet also alle Farbennuancierungen dar, welche man bei Blutextravasaten und Kontusionen beobachtet (Dermatis contusiformis). Obwohl meist deutlich fluktuierend, gelangen, wie schon Willan betonte, die Knoten nie zur Abscedierung, sie werden schliesslich resorbiert und verschwinden vollständig.

Die subjektiven Symptome sind nach Hebra bei dem multiformen Erythem sehr unbedeutend. Die Kranken klagen höchstens über ein leichtes Brennen. Lewin lässt das nur für die ganz leichten Fälle gelten, sobald die Krankheit etwas intensiver auftrete, wäre, namentlich während des Eruptionsstatiums, bedeutende Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit vorhanden. Auch die kleinen Knoten des nodösen Erythems rufen gewöhnlich keine subjektiven Empfindungen hervor, sind dagegen auf Fingerdruck schmerzhaft, die grösseren auch spontan, doch

ist es mehr ein Gefühl des Brennens, worüber die Kranken klagen, als ein Jucken. Bei leichteren Affektionen sind die subjektiven Empfindungen darauf beschränkt; ist die Krankheit jedoch einigermassen ausgebreitet, so erleidet das Allgemeinbefinden, und zwar offenbar in höherem Grade bei dem Eryth. nodos., beträchtliche Störungen. Die Patienten fühlen sich sehr krank, haben keinen Appetit und werden von heftigen Durchfällen geplagt, oft besteht auch hartnäckige Stuhlverstopfung. Die Temperaturkurve erreicht ihren Höhepunkt zur Zeit der Eruption und fällt nachher lytisch ab. Einzelne Schüttelfröste sind beobachtet worden. Ist das Erythem mit Gelenkaffektionen, Endocarditis, Pleuritis u. ähnlichem vergesellschaftet, werden selbstverständlich bedeutende Fieberbewegungen vorhanden sein. Die Krankheit macht alsdann vollkommen den Eindruck einer allgemeinen, akuten Infektionskrankheit, wenn sich auch wohl nie Eiweiss in Urin findet.

Verlauf.

Der Verlauf ist meist ein gutartiger. Mit der Eintrocknung der etwa vorhandenen Bläschen bezw. der Resorption der Knoten, die sich in leichten Fällen schon in 8 Tagen, in schwereren erst in 4—6 Wochen vollzieht, ist der Prozess, wenigstens der lokale, beendet. Allerdings neigt die Krankheit ausserordentlich zu Recidiven und kann dadurch die Geduld des Patienten, wie des Arztes auf eine harte Probe stellen. Derartig chronisch verlaufende Fälle können sich über Monate und Jahre hinziehen. Jedes Recidiv verläuft in derselben typischen Weise mit Fieberbewegungen; auch die endokarditischen und sonstigen komplikatorischen Erscheinungen erleiden jedesmal eine Exacerbation.

Prognose.

Die Prognose ist eine gute; nur bei schwerer Erkrankung wichtiger innerer Organe, hohem Fieber und geringer Widerstandsfähigkeit des befallenen Individuums kann der exitus letalis eintreten.

Differential-Diagnose.

Verwechselt können die Erythembläschen mit der Urticaria werden, von der sie allerdings manchmal kaum zu unterscheiden sind. Die symmetrische Anordnung auf den Prädilectionsstellen wird wohl aber meist die Diagnose sichern. Von dem papulösen Syphilid unterscheidet sich das Erythema multiforme durch das Fehlen jeder Drüsenanschwellung. In den seltenen Fällen, in denen der Krankheitsprozess im Gesicht beginnt, kann Variola vorgetäuscht werden.

Das Erythema nodosum kann wegen seiner Farbennuanzierungen leicht mit Kontusionen verwechselt werden. Zu achten ist stets auf die eigentümliche Lokalisation und die Begleiterscheinungen.

Pathalogische Anatomie.

In der Reihe der Autoren ist Hebra der erste, der einen anatomischen Befund publiziert: „Einmal sah ich das Erythema papulatum in Begleitung einer Pneumonie, welcher der Kranke erlag. Jede einzelne Efflorescenz war auch am Kadaver sichtbar und zeigte nach Durchschneidung derselben deutlich, dass sie durch hämorrhagisches Exsudat bedingt sei. Die ausführlichen Untersuchungen Lewins haben das bestätigt. Er fand stets eine Dilatation der Kapillaren sowie innerhalb wie unterhalb des Papillarkörpers, um dieselben bemerkte er eine Menge roter und weisser Blutzellen, letztere in sehr überwiegender Anzahl. Sie standen in Gruppen zusammengedrängt und erstreckten sich vom Papillarkörper in die tieferen Schichten des kutanen und subkutanen Gewebes. Nach ihm läuft der Prozess gar nicht in der Epidermis und nur zum kleinsten Teil in der Kutis, sondern vielmehr im eigentlichen Unterhautzellgewebe ab. Mikroorganismen in dem Exsudat nachzuweisen, ist trotz der eifrigsten Bemühungen noch nicht gelungen.

Aetiologie.

Bezüglich der Aetiologie des multiformen wie des

nodösen Erythems ist zunächst anzuführen, dass zumeist jugendliche Personen und in der Mehrzahl das weibliche Geschlecht befallen werden. Unter Lewins 56 Kranken sind nicht weniger als 46 weibliche. Es sind zumeist junge chlorotische Mädchen von schwächlicher Konstitution oder Personen, die an Menstruationsanomalien leiden. Freilich bleiben auch gesunde und kräftige Individuen nicht verschont.

Höchst bemerkenswert ist die häufige Komplikation mit Entzündungen innerer Organe. Lewins statistische Angaben beziehen sich auf 126 Fälle, bei denen er als Komplikationen konstatieren konnte:

Arthropathien	64
Conjunctivitis	11
Gastrische Erscheinungen	12
Icterus	1
Pharyngitis	6
Bronchitis	9
Pleuritis	4
Pneumonie	4
Tuberkulose	3
Endocarditis	27
Pericarditis	3

Wegen dieser Komplikationen und der Aehnlichkeit des Verlaufs mit dem der akuten Infektionskrankheiten, bezeichnet er als Ursache der Erkrankung ein infektiöses Moment.

Therapie.

Man hat die verschiedenartigsten Mittel zur Bekämpfung der Krankheit angewandt: wegen der nahen Beziehungen zu Gelenkentzündungen und Endocarditis vor allem die Salicylsäure, ferner weisse Präcipitatsalbe, Ichthyolumschläge, Bepinselungen mit Collodium und andre mehr. Wir müssen aber leider gestehen, dass wir kein Mittel kennen, welches auf den Verlauf oder die Wiederkehr der Krankheit irgend welchen Einfluss ausüben könnte. Man

wird sich am besten darauf beschränken, die Bläschen-eruptionen durch Streupulver vor äusseren Reizen zu schützen und die Schmerzhaftigkeit wie das Hitzegefühl in den Knoten durch kühle Umschläge herabzusetzen. Ausserordentlich zweckmässig aber wird es sein, das Allgemeinbefinden des Patienten durch kräftige, roborierende Diät und gute hygienische Verhältnisse zu heben und durch heisse Bäder die Cirkulationsverhältnisse der Haut zu bessern. Bei anämischen Personen ist Arsen oder Eisen indiciert.

Epikrise.

Wir haben uns nun zunächst die Frage vorzulegen: Haben wir es in unserem Fall überhaupt mit einem Erythem zu thun, und wenn, ist es die multiple oder die nodöse Form oder eine Vereinigung beider, ja lassen sich die mannigfaltigen Erscheinungen überhaupt als Symptome einer Krankheit auffassen?

Wir sahen während einer Reihe von Monaten unter zum Teil sehr hohen Temperaturbewegungen und ernsthaften Störungen des Allgemeinbefindens die verschiedenartigsten Entzündungs- und Exsudationsprozesse auf der äusseren Haut auftreten und wieder abheilen, um neuen Affektionen Platz zu machen. Die Krankheit begann unter mässiger Temperatursteigerung mit der Bildung von Pusteln auf den Wangen und den Lidern des linken Auges, mit teigiger Schwellung und Rötung der Stirn. Der Grund, auf dem die Pusteln sassen, war gerötet und infiltriert, so dass man glaubte, die Diagnose auf Eczema impetiginosum stellen zu können. Andererseits erweckte die teigige Schwellung der Stirn, die sich peripher nach dem rechten Ohr hin ausbreitete, und das Fieber den Verdacht auf Erysipelas. Die Pusteln heilten unter Borkenbildung bald ab, die Entzündung breitete sich aber weiter aus, es erschienen an den Vorderarmen haselnussgrosse, flache, rote Erhebungen, die sich binnen wenigen Tagen in ebenso-

grosse Blasen mit wässerigem Inhalt verwandelten. Dabei wurde die Gegend des rechten Handgelenks leicht ödematös und druckempfindlich, das Gelenk selbst aber blieb frei. Zugleich trat eine Mitbeteiligung des Herzens an der Infektion auf, die Temperatur stieg auf 40,0°, neben einem schabenden, systolischen Geräusch an der Herzspitze, von dem freilich nicht mit Sicherheit konstatiert werden konnte, ob es nicht schon vor der Erkrankung bestanden hat und aus der Anämie erklärt werden könnte, liessen sich auch systolische Geräusche über den andern Ostien hören, die Herzdämpfung erwies sich als vergrössert, der Puls blieb aber regelmässig und von guter Spannung, nur frequent, und die Pulswelle hatte eine wechselnde Höhe; es war demnach eine Endocarditis hinzugekommen. War trotz des von Anfang an remittierenden Fiebers bei der Grösse und Entstehungsweise der Blasen an den Vorderarmen an Pemphigus vulgaris gedacht worden, so musste diese Annahme schon bei dem Hinzutreten der Endocarditis, mit der Pemphigus nie kompliciert ist, fallen. Sprach doch auch das Fehlen jeglichen Schüttelfrostes bei Beginn der Eruption und die Pustelbildung auf den Wangen dagegen. Da traten in der Gegend des linken Kniegelenkes und an der Vorderfläche des Unterschenkels rötliche, beulenartige Erhebungen von Erbsen- bis Wallnussgrösse auf, sie waren druckempfindlich, fluktuierten und machten analog den Blutextravasaten die verschiedensten Farbenschattierungen durch, bis sie allmählich verschwanden. An den mannigfaltigsten Stellen der Hautoberfläche wurden nach und nach Affektionen sichtbar, so Bläschen an den Lippen, den Wangen, an der Stirn, am linken Vorderarm, Knoten am rechten Oberarm, an einem Augenlid, unter dem Kinn, an den Unterschenkeln und Ulcerationen am rechten Vorderarm. Die Bläschen hatten einen wasserhellen bis bläulichen Inhalt, sie verheilten nach Berstung ihrer Decke unter Krustenbildung, ohne eine Narbe zu hinterlassen, lagen also ganz oberflächlich. Die Temperatur, die bald nach dem Auftreten der Endocarditis wieder auf 38,0° herabgesunken war, zeigte unregelmässige Bewegungen, mit dem

Auftreten neuer Affektionen stieg sie, wie auch die Herzgeräusche stets deutlicher wurden, und der Puls dikrot, sobald sich neue Bläschen oder Knoten bildeten. Während des ganzen Krankheitsverlaufes wies das Allgemeinbefinden zeitweise bedeutende, wenn auch nie absolut beunruhigende, Störungen auf: Es bestand Appetitlosigkeit und anhaltende Stuhlverstopfung, Patientin fühlte sich äusserst matt und musste wiederholt unternommene Versuche, das Bett zu verlassen, als erfolglos aufgeben. Zur Zeit der höchsten Fieberbewegungen traten Delirien auf. Die Menstruation cessierte von Anfang an und stellte sich, gleichsam als sichtbares Zeichen der eingetretenen Genesung, erst Mitte Juni wieder ein.

Nach diesem allem, den Exsudations- und Ulcerationsprozessen der äusseren Haut und ihrer wenigstens in den Grundzügen typischen Lokalisation, — die Bläschen zeigten sich zuerst im Gesicht, die Knoten an den Unterschenkeln, — nach dem unregelmässigen Fieber, der begleitenden Herzerkrankung und den sonstigen Verlaufseigentümlichkeiten kann es keinem Zweifel unterliegen, dass wir hier ein entzündliches Erythem vor uns haben. Die Bläscheneruptionen sind offenbar als der anatomische Ausdruck des Erythema exsudativum multiforme, die Knoten als der des Erythema nodosum anzusehen; es bestehen demnach beide Veränderungen bei demselben Individuum, eine Kombination, die schon verschiedentlich von den Autoren erwähnt wird.

Sehen wir nun, wie sich die beiden Erytheme zu einander verhalten. Die anatomischen Untersuchungen haben gelehrt, dass es sich in beiden Fällen um ein hämorrhagisches Exsudat handelt. Befindet sich dasselbe in den obersten Hautschichten und ist es hinreichend gross, so wird es zur Entstehung einer Blase kommen, Erythem. exsudat. multif., ist es aber in den tieferen Schichten der Cutis oder gar im Unterhautzellgewebe und den Aponeurosen lokalisiert, wird es nicht mehr imstande sein, die Decke blasenförmig hervorzuwölben, es kommt

zur Infiltration des Gewebes, Erythem. nodos. Pathologisch anatomisch bieten füglich die beiden Erytheme kaum einen Unterschied dar.

Wie verhält es sich nun vom klinischen Standpunkt aus? Es hat sich heut die Ueberzeugung allgemein Bahn gebrochen, dass beide Formen von Erythemen zu den entzündlichen Krankheiten und zwar den allgemeinen Infektionskrankheiten zu rechnen sind. Dafür spricht einerseits der Charakter der Effloreszenzen, andererseits die gleichzeitige Entzündung innerer Organe, der ganze Fieberverlauf und das zuweilen endemische Auftreten der Krankheit. Auch in unserm Fall zeigt das ganze Bild den Charakter einer allgemeinen schweren Infektionskrankheit. Beide Formen zeigen nun in ihrem Verlauf abgesehen von den, durch den verschiedenen Sitz des Exsudats in den Hautschichten bedingten, verschiedenen Effloressenzen ausserordentlich viel Berührungspunkte. Ja es lassen sich fast alle Symptome einer Krankheit auf die andere übertragen, nur werden bei dem nodösen Erythem im allgemeinen schwerere Erscheinungen beobachtet. Denken wir nun daran, dass ja, wie es sicher feststeht, beide Krankheitsformen bei demselben Individuum gleichzeitig vorkommen können, erinnern wir uns, dass in unserm Fall zahlreiche Uebergangsformen vorhanden waren, die es manchmal zweifelhaft erscheinen liessen, ob diese oder jene Effloreszenz unter die Kategorie Eryth. multif. oder nodos. zu rechnen sei, ja dass die Verbindung der beiden Erytheme stellenweis so innig wurde, dass aus einem Knoten sich ein Bläschen bildete, und umgekehrt sich unter einem Bläschen eine Infiltration des Unterhautzellgewebes entwickelte, so werden wir den Gedanken nicht von der Hand weisen können, dass beide Erytheme identisch sind, nur verschieden durch die Lokalisation in tieferen oder höheren Hautschichten. Es fragt sich nun, ob dieser Unterschied wichtig genug ist, zwei verschiedene Krankheitsformen mit verschiedenen Namen aufzustellen, und ich möchte diese Frage mit „Nein“ beantworten, einmal weil sie sich ja fast völlig gleichen, dann aber auch weil es

mir angebracht erscheint, bei dem heute bestehenden System der Zerstückelung ätiologisch, anatomisch und klinisch dicht Beisammenstehendes auch wirklich zu vereinigen.

Bei der so häufigen Komplikation der Erytheme mit Herzaffektionen und bei der Beobachtung, dass mit jeder Steigerung des Fiebers und jedem Recidiv des Erythems sich auch eine Exacerbation der kardialen Erscheinungen einstellte, ist die Untersuchung darauf gelenkt worden, in welchem Verhältnis die Erkrankung der äusseren Haut zu der des Herzens stände: Der Göttinger Fuchs sieht schon die Hautkrankheit im allgemeinen nicht für eine in sich abgeschlossene Gruppe von Krankheiten, sondern in ihrem Zusammenhange mit den verschiedenartigen animalen Lebensformen an, weil, wie er hinzufügt, „ihre Bildungsstätte in ganz andern Organen und Systemen als in der Haut gesucht werden müsse."

Die Ansichten der Autoren über diesen Punkt sind seit jeher geteilt gewesen, auch heute ist eine Einigung noch nicht erzielt. Die einen glauben, dass bei den Erythemen die Endocarditis das Primäre sei und die Entzündungsvorgänge auf der Haut zur Folge habe. Brieger verteidigt diese Ansicht aufs Wärmste, er lässt die Erytheme auf embolischen Prozessen beruhen. Er fühlt aber selbst, wie wenig stichhaltig seine Hypothese ist, indem er sagt, es sei doch frappierend, dass nur Gehirn und Haut von Embolieen betroffen wurden, während die Prädilektionsstelle der Embolieen, die drüsigen Organe, verschont blieben, und sucht das dadurch zu erklären, dass nur kapillare Embolieen in den Hautterritorien sich abgelagert haben können, und die Thromben, die in die parenchymatösen Organe geschleudert werden, daselbst naturgemäss wegen ihrer Kleinheit keine Symptome machen. Es ist ja vom physikalischen Standpunkte aus vollkommen zu verstehen, wie Embolieen Erytheme verursachen können, klinisch ist es aber wohl sehr selten beobachtet worden. Brieger selbst weiss nur einen Fall, der freilich mit grosser Sicherheit dafür spricht, zu verzeichnen. Wäre dem so, und läge kein anderes Moment vor, dann müsste die

Endocarditis stets der Hauterkrankung zeitlich vorangehen. Nun treten aber in den meisten veröffentlichten Fällen, ebenso wie in dem hier vorliegenden, die kardialen Erscheinungen erst einige Tage nach der Eruption der Bläschen auf, die Exsudation konnte also nicht durch Embolieen hervorgerufen sein. Wo blieben dann überhaupt diejenigen ziemlich häufigen Fälle, die gar keine Komplikation von Seiten des Herzens oder der Gelenke aufweisen, bei denen also gar kein Embolus entstanden sein kann?

Eher könnte man sich mit dem Gedanken einverstanden erklären, dass jede einzelne Efflorescenz durch einen lokalen Thrombus entstanden sei. Die neuesten Untersuchungen über die Thrombose haben zu dem Schlusse geführt, dass zur prämortalen Gerinnung im Gefässsystem, also zur Entstehung eines Thrombus, eine Läsion des Endothels der Gefässe nötig sei. Eine Verletzung der Gefässwand ist in der That nicht ausgeschlossen. Zuchholdt behauptet sogar, dass bei dem Erythem stets die Media, meist auch die Intima der kleinsten Gefässe afficiert sei; dass unter solchen Umständen Substanzverluste des Endothels durch Nekrose oder wenigstens Kontinuitätstrennungen vorkommen können, ist sehr wohl einleuchtend. Doch sind die Untersuchungen über die Thrombose noch zu wenig abgeschlossen, um auf den bis jetzt gewonnenen Resultaten fussen zu können. Zuchholdt entwickelt in seiner Dissertation die Theorie über die Natur des Erythems in der Weise, dass die Affektion von der Wand der kleinen Gefässe auf die der grösseren und schliesslich auf das Herz übergehe, dass also die Endocarditis eine Folge der Hauterkrankung sei. Es würden sich dann leicht diejenigen Fälle, bei denen keine Endocarditis aufgetreten ist, dadurch erklären lassen, dass die Affektion auf ihrer Wanderung eben nicht bis zum Herzen vorgedrungen sei. Berücksichtigen wir aber, dass sich für eine Erkrankung der grösseren Gefässe keine Symptome auffinden lassen, dass das Fortschreiten der Entzündung in der Gefässwand immer eine längere Zeit in Anspruch nehmen würde, als

sie thatsächlich vorhanden war, so werden wir den Gedanken an diesen Weg der Ausbreitung der Krankheit aufgeben müssen.

Am plausibelsten erscheint mir die Erklärung des Erythems als Angioneurose, wie sie zuerst von Romberg und von Bärensprung ausgesprochen und von Lewin weiter ausgeführt worden ist: Das infektiöse Agens, das ja unzweifelhaft der Krankheit zu Grunde liegt, bewirke eine Alteration der den Gefässtonus regulierenden Nerven, deren Folge eine Erweiterung der Blutgefässe, Transsudation und Exsudation sei, mag nun diese Einwirkung direkt auf die Gefässcentren im Centralnervensystem erfolgen oder auf reflektorischem Wege vermittelt werden. Warum freilich die exsudativen Prozesse allein in der äusseren Haut lokalisiert sind und nicht auch anderswo im Körper, bleibt eine offene Frage, zu deren Beantwortung sich nur Hypothesen aufstellen liessen. Durch Reizung des Centralnervensystems können ja auch in der That Exantheme erzeugt werden, wie die nach Gebrauch verschiedener Arzneimittel, des Copaivabalsams, des Chinins etc. auftretenden Exantheme beweisen. Diese Einwirkung, ob direkt oder reflektorisch, kann durch mechanische, thermische, chemische und parasitäre Reize erfolgen. Für die letzteren führt Lewin als Belag den Tripperrheumatismus an, der dadurch entstände, dass das virulente gonorrhoische Sekret die Schleimhaut der Urethra derartig reize, dass von ihr aus sich auf reflektorischem Wege vasomotorische Prozesse in den Gelenkhöhlen vollziehen. In ähnlicher Weise könnte ein im Blut kreisendes Virus reflektorisch exsudative Erytheme erzeugen. Lewin wurde auf den Gedanken von dem angioneurotischen Ursprung des Erythems gebracht durch die Beobachtung, dass bei den meisten seiner an dieser Krankheit leidenden Patientinnen Erkrankungen des Genitalapparates vorhanden waren. Auf diesen Umstand ist aber vielleicht nicht viel Gewicht zu legen, da das Material der Kgl. Charité, aus der sich Lewins Fälle zumeist rekrutieren, Volksklassen entstammt, die, wenigstens in einer Grossstadt, ein be-

deutendes Kontingent zu den Geschlechtskranken stellen. Nun ist es ihm bereits in 4 Fällen gelungen, durch Reizung des Harn- und Geschlechtsapparates vermittelst Sabinasalbe und ähnl. Recidive des exsudativen Erythems zu erzeugen, woraus wohl mit Recht gefolgert werden kann, dass ein infektiöses Agens durch Reizung des Nervensystems exsudative Prozesse in der Haut hervorzurufen imstande ist.

Für die Angioneurose als ursächliches Moment von krankhaften Prozessen der Haut liefert unser Fall einen höchst bemerkenswerten Beitrag: Patientin hat, wie schon oben erwähnt, vor 6 Jahren Scarlatina überstanden und zeigt seitdem zahlreiche vitiliginöse Flecke auf Brust, Rücken und Oberschenkeln. Nach den Arbeiten Letoir's ist die Vitiligo von nervösen Störungen abhängig, wofür einerseits ihr häufiges Vorkommen bei Geisteskranken, bei Tabes, bei Gehirnerkrankungen und Verletzungen von Nerven spricht, andererseits, und das ist unzweifelhaft das wichtigere, der Umstand, dass es in mehreren Fällen geglückt ist, Degenerationsvorgänge in den peripheren Nerven nachzuweisen, Thatsachen, die auf die trophoneurotische Natur der Vitiligo hinweisen.

Bei dieser neuropathischen Belastung liegt es sehr nahe eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems überhaupt und eine leichte Receptivität gewisser Organe, beispielsweise der Haut, auf empfangene Reize zu reagieren, anzunehmen. Dass die Haut unserer Patientin in hohem Grade für krankhafte Veränderungen prädisponiert sein muss, beweist nicht allein die Vitiligo, sondern mehr noch der ausserordentlich polymorphe Charakter des Erythems und der lange Krankheitsverlauf. Hat auch schon Hebra die Vielseitigkeit der exsudativen Vorgänge dadurch gekennzeichnet, dass er sie unter dem Namen „Erythema multiforme" zusammenfasste, so sind doch wohl selten so zahlreiche verschiedene Krankheitsprozesse bei demselben Individuum getroffen worden, Veränderungen, die zum Teil weit über den Rahmen dessen hinausgehen, was man bisher unter der Bezeichnung Erythema multiforme und nodosum

verstanden hat, und die auf's Neue darthun, dass keine Krankheit ein in sich abgeschlossenes Gebiet hat, sondern zahlreiche Uebergänge von einer zur andern stattfinden. Die typischen Fälle, wie sie die Lehrbücher schildern, gehören in Wirklichkeit zu den Seltenheiten. Wie bei ein und demselben Baum kein Blatt dem andern völlig gleicht, so sind auch bei derselben Krankheitsform die einzelnen Fälle je nach Individualität und äusseren Verhältnissen des Patienten verschieden, es ist oft unmöglich und deshalb verfehlt, für eine Krankheit einen gewissen Symptomenkomplex streng und schablonenmässig zu geben und dann später oft einzelne Vorgänge, welche in diesem Komplex nicht mit inbegriffen sind, mit neuen Namen zu belegen und sie von Nahestehendem zu trennen.

Schon die verschiedenen Phasen des Exsudationsprozesses zeigen uns mannigfaltige Verschiedenheiten: Da finden sich neben erythematösen Knoten, die alle Farbenveränderungen der Blutextravasate durchmachen, Infiltrationen des Unterhautzellgewebes mit vollkommen normal gefärbter Haut, da erscheinen die Bläschen, die meist mit bläulichem Inhalt gefüllt sind, stellenweise eiterig, auf rotem infiltriertem Untergrunde stehend, so dass man eher an ein pustulöses Eczem denken könnte, andere wieder sind von einem so grossen roten Hof umgeben, dass erysipelatise Veränderungen vorzuliegen scheinen, einige erinnern wegen ihrer Grösse an Pemphigus, der weit ausgedehnten Ulcerationsprozesse der Haut nicht zu gedenken.

Bemerkenswerter Weise sind auch während des Verlaufs der Krankheit auf der Dorsalseite der Finger neue Vitiligo-Partieen entstanden, weisse Flecke inmitten der normalen etwas bräunlich verfärbten Haut. Sollte das nicht auf eine gemeinsame Abhängigkeit der Vitiligo und des Erythems von derselben funktionellen Störung, auf eine gemeinsame trophoneurotische Natur beider hindeuten?

Es ist bei unserer Patientin ausser der neuropathischen Konstitution aber noch ein anderes Moment, das nicht übersehen und vernachlässigt werden darf, zu berücksichtigen, die ausserordentlich starke Chlorose. Die

Anämie wird seit jeher als ein nicht unwichtiger Faktor bei der Aetiologie des Erythems genannt. Es ist ja auch einleuchtend, dass die schlechter ernährten Zellen der Gefässwandung eine Exsudation von Flüssigkeit begünstigen und dass ein chlorotischer Körper der Einwirkung eines Virus geringeren Widerstand entgegen setzen wird, was sicher bei unserer Patientin mit ihrer äusserst langwierigen Krankheit der Fall ist.

Der ganze Körper ist dann so zu sagen ein locus minoris resistentiae, daher die Erkrankung beinahe der ganzen Haut, die schweren Komplikationen, die Störung des Allgemeinbefindens und der langsame Verlauf der ganzen Krankheit.

Mit der Erklärung des Erythems als Angioneurose ist aber die Frage über sein Verhältnis zur entzündlichen Erkrankung der Gelenke, zur Endocarditis etc. noch nicht beantwortet. Wir haben gesehen, dass weder die Abhängigkeit der Endocarditis von der Hauterkrankung, noch die der Hautaffektion von der des Herzens recht zu verstehen ist. Es bleibt nur übrig beide Affektionen als aetiologisch gleichwertige Symptome einer und derselben Erkrankung aufzufassen. Es sei mir gestattet mich hier an die treffliche Arbeit Littens über die Septicaemie anzulehnen. Bei der Sepsis finden wir Hämorrhagien, herpesartige und pustulöse Eruptionen der Haut kompliciert mit Entzündungen der Gelenke und des Endocards, sie kommen aber auch bei völlig intakten Klappen zur Beobachtung. Daraus schloss Litten, dass die Hautaffektionen nicht durch Metastasen vom Herzen aus bedingt seien, sondern völlig gleichwertig mit der Endocarditis und sonstigen entzündlichen Erkrankungen innerer Organe als Folgeerscheinungen einer Ursache, als Lokalisation der Sepsis aufzufassen seien. Dasselbe möchte ich von der Endocarditis bei Erythem behaupten. Die erythematösen Erkrankungen zeigen eine grosse Aehnlichkeit mit den septischen, sie können mit kardialen Affektionen kompliciert sein, letztere können aber auch fehlen. Das gleichzeitige Auftreten der endokarditischen Erscheinungen bei Recidiven beweist den

innigen Zusammenhang beider. Deshalb werde ich wohl nicht fehlgehen, wenn ich behaupte, dass das Erythema exsudativum multiforme et nodosum eine Allgemeinerkrankung ähnlich der Septicaemie sei, die an verschiedenen Stellen des Körpers, vorzugsweise in der äusseren Haut, dann aber auch in den Gelenken, am Herzen, Pharynx, in den Lungen, auf der Pleura u. s. f. lokale Herde bilde.

Der Name Erythem passt auch nicht für alle Fälle. Die kutane Hyperämie ist zwar das charakteristische Kriterium der einfachen Erytheme, ist aber, wie schon Lewin sagt, bei der in Rede stehenden exsudativen und nodösen Form nicht von vorwiegender Bedeutung. Die Hautröte ist in manchen Fällen garnicht, in anderen nur in geringem, beinahe verschwindendem Grade vorhanden. Auch bei unserer Patientin sahen wir Knoten, die normale Hautfarbe zeigten. Aber selbst in den Fällen in denen die Röte anfangs sich scharf ausgeprägt findet, kann dieselbe später ganz abnehmen, ohne dass der eigentliche Krankheitsprozess mit seinen wesentlichen Folgezuständen irgendwie bedeutend alteriert wurde. Um aber nicht aufs Neue Verwirrung in die Nomenclatur zu bringen, empfiehlt es sich wohl den bisher gebräuchlichen, wenn auch nicht treffenden Namen, Erythem, beizubehalten.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Hrn. Professor Dr. Schweninger für die gütige Ueberlassung des Materials, für das ausserordentliche Interesse, mit dem er meine Arbeit verfolgt hat, sowie ganz besonders für die zahlreichen Anregungen, die er mir weit über den Rahmen dieser Dissertation hinaus gegeben hat, meinen ehrerbietigsten und verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Archiv für Dermatologie III pag. 381.

Berl. Klin. Wochenschrift 1876 No. 23.

Charité-Annalen III. Jahrgang. IX. Jahrgang.

Deutsche Med. Wochenschrift 1892 No. 8.

Eulenburg, Real-Encyclopädie, Wien und Leipzig 1886.

Fuchs, die krankhafte Veränderung der Haut und ihrer Anhänge, Göttingen 1840.

Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1888.

R. Virchow, Handbuch d. spec. Pathologie u. Therapie. III. Bd.

Zeitschrift f. klinische Medizin X pag. 234.

Zuchholdt, Inaug. Dissertation. Berlin 1876.

Thesen.

I.

Die exsudativen Erytheme gehören in das Gebiet der allgemeinen Infektionskrankheiten.

II.

Das Nähen von Schuss- und Stichverletzungen ist zu verwerfen.

III.

Bei unregelmässigen Blutungen aus der Vagina ist stets der Verdacht auf Carcinom gegeben.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, HANS CONRAD WENDLER, geboren am 2. Dezember 1867 zu Waldenburg i. Schl., evangelischer Konfession, Sohn des Rektors Carl Wendler, erhielt seinen ersten Unterricht in der evangelischen Elementarschule zu Bernstadt i. Schl. Von Ostern 1880 an besuchte er das Gymnasium zu Oels in Schl. und verliess dasselbe Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife. Im S. S. 1888 bei der med. Fakultät der Universität Breslau inskribiert, wurde er am 21. Oktober desselben Jahres in die Kgl. med. chir. Akademie für das Militär und im November 1889 in das Kgl. med. chir. Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 1. Oktober 1889 bei der 7. Kompagnie Garde-Füsilier-Regiments. Am 19. Juli 1890 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 9. Juli 1892 das Tentamen medicum und am 15. Juli das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

v. Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Cohn, Dilthey, Engler, Ewald, Fehleisen, Fräntzel, Gerhardt, Goldscheider, Gurlt, Gusserow, Hartmann, Hertwig, Hirsch, v. Hofmann (†), Israel, Jolly, Köhler, Kossel, Kundt, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Liman (†), Olshausen, Oppenheim, Renvers, Roth, Roux, Rubner, Salkowski, Schneider (†), Schultze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Siemerling, R. Virchow, Waldeyer.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.